

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES DU DOSSIER APA à joindre en copie

- DERNIER AVIS D'IMPOSITION COMPLET DE L'ANNEE. En cas de changement de situation (situation partielle : veuvage, mariage, divorce), fournir les deux avis d'imposition de l'année en cours.
 - RIB OU RIP AU NOM DU DEMANDEUR (ou sous couvert du tuteur légal) avec IBAN
 - IDENTITE :
 - le livret de famille,
 - ou la carte nationale d'identité,
 - ou un extrait d'acte de naissance,
 - ou le passeport de la Communauté européenne,
 - ou la carte de résidence ou le titre de séjour, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère (personne non ressortissante d'un pays européen ou non conventionné avec la France)
 - JUGEMENT DE TUTELLE OU DE CURATELLE OU SAUVEGARDE DE JUSTICE (si concerné). FOURNIR LES JUSTIFICATIFS POUR LES AUTRES MESURES (mandat de protection future, habilitation familiale, Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé)
 - FORMULAIRE DE DEMANDE DE CARTE MOBILITE INCLUSION (si concerné) ET CERTIFICAT MEDICAL
 - CONTRAT DE FAMILLE D'ACCUEIL (si concerné)
 - Pour une demande d'APA en établissement médico-social hors département, merci de demander à l'établissement de nous transmettre les pièces suivantes :
 - L'arrêté de tarification de l'établissement
 - Le numéro de Finess de l'établissement
 - La grille AGGIR du demandeur
 - Le bulletin d'entrée
- Préciser les modalités de paiement de l'allocation :
- A l'établissement (joindre le RIB)
 - Au demandeur

L'absence de pièce justificative entraînera un retard dans l'instruction de votre dossier, voire un rejet de votre demande. Le Département ne pourra pas en être tenu responsable.

Le certificat médical est à compléter par le médecin traitant

VOUS LE DEMANDEUR Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Concubin(e) Pacsé(e)

Depuis le : _____

NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

COMMUNE : _____ DEPUIS LE : _____

TELEPHONE : _____ ADRESSE MAIL : _____

N° SECURITE SOCIALE : _____

NATIONALITE : _____

CAISSE DE RETRAITE PRINCIPALE : _____

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE Veuillez cocher la case correspondant à votre situation

A DOMICILE

EN RESIDENCE AUTONOMIE/UNITE DE VIE

NOM DE LA STRUCTURE : _____

ADRESSE : _____ N° APPT : _____

N° DE FINESS : _____ DATE D'ENTRÉE : _____ TEL : _____

EN ETABLISSEMENT HORS DEPARTEMENT EHPAD/USLD

EN FAMILLE D'ACCUEIL AGRÉÉE

NOM DE L'ETABLISSEMENT : _____ NOM DE L'ACCUEILLANT : _____

ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT : _____ ADRESSE DE L'ACCUEILLANT : _____

N° de FINESS : _____

TEL : _____ DATE D'ENTRÉE : _____ DATE DE DEBUT DU CONTRAT D'ACCUEIL : _____

ADRESSE PRECEDANT VOTRE ENTREE DANS L'ETABLISSEMENT OU DANS LA FAMILLE D'ACCUEIL : _____

Y AVEZ-VOUS RÉSIDÉ PLUS DE 3 MOIS OUI NON DEPUIS LE : _____

MÉDECIN TRAITANT

NOM ET PRENOM : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE : _____

DATE D'ARRIVÉE DU DOSSIER AU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

**DOSSIER À DÉPOSER IMPÉRATIVEMENT AU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE (CCAS)
OU CENTRE INTERCOMMUNAL D'ACTION SOCIALE (CIAS) DU DOMICILE DU DEMANDEUR**

Toutes les rubriques du dossier doivent être scrupuleusement complétées ou y porter la mention «Néant» le cas échéant.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

➔ Bénéficiez-vous :

- de l'aide ménagère versée par les caisses de retraite ou par le département (si l'APA vous est accordée, le Département en informera directement votre caisse de retraite) OUI NON
- de la majoration pour l'aide d'une tierce personne (MTP) OUI NON
 - de la prestation complémentaire pour recours tierce personne (ACTP) OUI NON
 - de la prestation de compensation du handicap (PCH) OUI NON

CARTE MOBILITE INCLUSION

La Carte Inclusion (CMI) est attribuée par le Président du Conseil départemental depuis le 1^{er} Janvier 2017. Elle remplace les anciennes cartes Priorité, Stationnement, Invalidité délivrées par la MDPH. **Elle peut être attribuée dans le cadre d'une demande d'APA sous conditions.**

➔ Souhaitez-vous faire une demande de CMI : OUI NON

Si oui, remplir le formulaire de demande et renseigner le questionnaire médical CMI.

VOTRE TUTELLE

Fournir le RIB sous couvert du tuteur légal

Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique ou administrative :

- Sauvegarde de justice
- Curatelle
- Tutelle
- Mandat de protection future
- Habilitation familiale
- Démarche de protection en cours
- Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP)

Nom et adresse du tuteur légal ou de l'association tutélaire : _____

TELEPHONE : _____ ADRESSE MAIL : _____

VOTRE REFERENT

Personne désignée par le demandeur pour tout contact avec l'Equipe Médico-Sociale : pour la visite d'évaluation à domicile, en cas de changement de situation et pour le suivi de la demande d'APA

NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

COMMUNE : _____

TELEPHONE : _____ ADRESSE MAIL : _____

PRECISER LE LIEN DE PARENTE OU AUTRE : _____

VOTRE CONJOINT

NOM : _____ NOM DE NAISSANCE : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ N° SECURITE SOCIALE : _____

NATIONALITE : _____

CAISSE DE RETRAITE PRINCIPALE : _____

BENEFICIE-T-IL DE L'APA OUI NON OU UNE AUTRE PRESTATION (préciser) : _____

EST-IL ACCUEILLI EN ÉTABLISSEMENT OU EN FAMILLE D'ACCUEIL : OUI NON

SI OUI, PRÉCISER LE NOM DE LA STRUCTURE ET LA DATE D'ENTRÉE : _____

DECLARATION DE VOS RESSOURCES

Joindre obligatoirement le dernier avis d'imposition

RESSOURCES ANNUELLES BRUTES TELLES QUE MENTIONNÉES SUR LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON IMPOSITION À L'IMPÔT SUR LE REVENU		
	DEMANDEUR	CONJOINT
Traitement, salaires, pensions et rentes (cf. Avis d'Imposition)		
Revenus des valeurs et capitaux mobiliers		
Revenus soumis à prélèvement libératoire		
Revenus fonciers		
TOTAL ANNUEL		

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATRIMOINE

Du demandeur, du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité

ÊTES-VOUS PROPRIÉTAIRE DE BIENS IMMOBILIERS : OUI NON

RAPPEL REGLEMENTATION

En application de l'article L 232-16 de la Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, les déclarations des demandeurs peuvent être vérifiées par les services instructeurs, auprès des administrations publiques, notamment des administrations fiscales, des collectivités territoriales, des organismes de sécurité sociale et de retraites complémentaires, qui sont tenus de leur communiquer toutes les informations nécessaires.

La décision, faisant suite à votre demande d'APA, vous sera notifiée par courrier par le Président du Conseil départemental dans un délai de deux mois à compter de la date de l'enregistrement du dossier complet.

Vous disposez d'un droit de recours contre cette décision dans un délai de deux mois à compter de la réception du courrier de notification.

Je soussigné(e) agissant [en mon nom propre] - [en qualité de représentant légal de*] _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et déclare avoir pris connaissance des dispositions de l'article L 133.6 du Code de l'action Sociale et des Familles qui dispose que le fait de percevoir ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale, est puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code Pénal.*

Cachet du CCAS ou du CIAS ou de l'Établissement

Fait à _____ le _____
Signature :

* Rayer la mention inutile